

Department of Workforce Services  
**Solicitud para el Programa H.E.A.T./HELP/EAF**  
**(Objetivo de Asistencia con Energía del Hogar)**



### Instrucciones para la Solicitud de H.E.A.T.:

Esta solicitud debe ser completada, tener firma y fecha. Es necesario que incluya copias de los siguientes documentos o su solicitud no podrá ser procesada.

#### 1. Comprobantes de Grupo Familiar:

- Copia de su Identificación con fotografía
- Copias de las tarjetas de Seguro Social de todos en su hogar, incluyendo los niños
- Copias de los documentos del US Citizenship and Immigration Services (USCIS) que comprueben su estado legal en los Estados Unidos de América.

#### 2. Comprobantes de Ingresos y Deducciones de Ingresos:

- Copias de los comprobantes de todos los ingresos recibidos en el mes anterior de todos en su grupo familiar (Talones de pago, Seguro Social, Jubilación, Sustento de Menores [Child Support], Pensión Alimenticia [Alimony], etc.) Explanation and documentation if income is less than living expenses
- Explicación y comprobantes si los ingresos son menos que los gastos de vivienda.
- Comprobantes de pago de cualquier gasto médico que se haya hecho en el mes anterior.
- Comprobantes de cualquier pago de Sustento de Menores (Child Support) o Pensión Alimenticia (Alimony) que se hizo en el mes anterior, si se aplica.

*\*Por favor nótese que si usted va a enviar una solicitud por correo, el mes anterior es el mes anterior al mes en el cual su sobre con su solicitud se fechó por la oficina de correos.*

#### 3. Comprobantes de Responsabilidad Energética:

- Copias de las cuentas de Gas y Electricidad más recientes, (si por cualquier razón las cuentas no se encuentran en su nombre, díganos quién es la persona en la cuenta y la razón por la cual está en el nombre de él/ella).
- Si los servicios públicos están incluidos en su renta, traiga una copia de su contrato de renta o pídale al propietario que llene un formulario de Declaración de Vivienda/del Propietario como comprobante.

#### 4. Comprobantes de Grupos en Objetivo: (hay dinero adicional disponible para quienes tengan una persona de 60 años o mayor, alguien minusválido, o un(a) niño(a) de 6 años o menor que vivan en el hogar).

- Licencia de Conducir o documentos oficiales que muestren la edad de 60 o mayor.
- Copia del acta de nacimiento para los niños de 5 años o menores en el hogar.
- Comprobante de discapacidad, si se aplica.

#### 5. Se podrían requerir documentos adicionales

**RECUERDE DE INCLUIR UN NÚMERO DE TELÉFONO DONDE PODAMOS COMUNICARNOS CON USTED EN CASO QUE TENGAMOS PREGUNTAS O SI SE NECESITAN DOCUMENTOS ADICIONALES.**

***Solamente envíe copias, ya que los originales no se le devolverán.***

**Si esta solicitud no se llena en forma correcta, o si le faltan documentos, se le negará.**

<b>Si usted vive en este condado:</b>	<b>Usted debe enviar su solicitud a:</b>
Salt Lake, Tooele	SALT LAKE COMMUNITY ACTION HEAT PROGRAM 764 S 200 W SALT LAKE CITY UT 84101
Davis, Morgan, Weber	FUTURES THROUGH TRAINING HEAT PROGRAM 1140 36TH STREET STE 150 OGDEN UT 84403-2046
Summit, Utah, Wasatch	MOUNTAINLAND AOG HEAT PROGRAM 586 E 800 N OREM UT 84097
Beaver, Garfield, Kane, Iron, Washington	HEAT PROGRAM 168 N 100 E STE 255 ST GEORGE UT 84770
Juab, Millard, Piute, Sanpete, Sevier, Wayne	SIX COUNTY ASSOCIATION OF GOVERNMENTS HEAT PROGRAM PO BOX 820 RICHFIELD UT 84701
Carbon, Emery, Grand, San Juan	SOUTHEASTERN UTAH ASSOCIATION OF LOCAL GOV- ERNMENTS HEAT PROGRAM PO BOX 1106 PRICE UT 84501
Box Elder	BEAR RIVER ASSOCIATION OF GOVERNMENTS HEAT PROGRAM 2535 S HIGHWAY 89 PERRY UT 84302
Cache o Rich	BEAR RIVER ASSOCIATION OF GOVERNMENTS HEAT PROGRAM 170 NORTH MAIN LOGAN UT 84321
Daggett, Duchesne o Uintah	UINTAH BASIN ASSOCIATION OF GOVERNMENTS HEAT PROGRAM 330 E 100 S ROOSEVELT UT 84066

Department of Workforce Services  
**H.E.A.T. Program/HELP/EAF Application**  
**(Home Energy Assistance Target)**



**1. Información del Solicitante:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Nº de Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Female Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Month Day Year

Domicilio:

**Correo Postal:** (si es diferente)

\_\_\_\_\_  
Nombre del Edificio de Departamentos  
 \_\_\_\_\_  
Calle N° de Unidad  
 \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal

\_\_\_\_\_  
Calle o Casilla de Correo  
 \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal

Nº de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nº de Teléfono Secundario: \_\_\_\_\_

Dirección de Email: \_\_\_\_\_

**2. ¿Ha solicitado el Programa H.E.A.T. antes?**  Sí  No Fecha: \_\_\_\_\_ Oficina: \_\_\_\_\_

**3. Origen Étnico:**  Indio Americano  Blanco  Hispano  Negro  Negro  
 Isleño del Pacífico  Otro: \_\_\_\_\_

**4. Usted es: Ciudadano de los EE.UU**  Sí  No **Si respondió "No," provea documentos de residencia legal si es que se aplica.**

**5. Otras personas en mi grupo familiar incluyendo otros adultos y niños.** (Continúe la lista en la parte posterior si es necesario)

Nombre (Primer Nombre, Apellido)	Parentesco	Fecha de nacimiento mm/dd/aaaa	Edad	N° de Seguro Social	Sexo	Ingreso	Ciudadano
					M F	Y N	Y N
					M F	Y N	Y N
					M F	Y N	Y N
					M F	Y N	Y N
					M F	Y N	Y N

**6. Composición del Grupo Familiar:**

Menores de 3 años <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Menores entre 3 y 5 años de edad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Personas de 60 años o mayores <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Discapacitado/Minusválido <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ciudadanos de los EE.UU - Todos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Recibiendo SNAP (Asistencia Alimenticia) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
N° de adultos: _____ N° de Niños (Menores de 18 años): _____ Cantidad Total en el Grupo Familiar: _____	
Nota: Usted necesita proveer las tarjetas de Seguro Social para todas las personas del grupo familiar.	

**7. Su vivienda es un(a) (marque una):**

<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Dept. (3 o más unidades)	<input type="checkbox"/> Dúplex	<input type="checkbox"/> Condominio
<input type="checkbox"/> Departamento. de Sótano	<input type="checkbox"/> Casa Móvil	<input type="checkbox"/> Casa Remolque Pequeña	<input type="checkbox"/> Cuarto de Pensión
			<input type="checkbox"/> Casa Adosada

**8. ¿Usted alquila o es dueño de su casa?**  Renta  Dueño ¿Cuál es la fuente principal de calefacción? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuál es la fuente secundaria de calefacción? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es la fuente secundaria de calefacción? \_\_\_\_\_

**9. ¿Es su renta subsidiada?**  Sí  No ¿Cuánto es el pago de la renta o hipoteca mensual? \$ \_\_\_\_\_

**10. ¿Su renta incluye servicios públicos?**  Sí  No ¿Qué servicios públicos? \_\_\_\_\_

**11. El pago de H.E.A.T. se debe hacer para los siguientes servicios públicos en los porcentajes que se listan abajo: (100%, 50/50%, o 25/75%):**  
 No se puede cambiar ya sea el proveedor de servicios públicos o el porcentaje después de haber presentado la solicitud. Asegúrese de poner un círculo alrededor de Estado de Cuenta de cada servicio público. Si usted pone un círculo alrededor de "48HR" usted debe incluir una copia de su notificación de "Corte de Suministro Eléctrico en 48 horas". Para gas propano, ponga un círculo alrededor de "ON" si tiene suministro, "OFF" si ya no tiene o está desconectado, y "48HR" si se le agotará dentro de 48 horas.

%	Nombre de la(s) Compañía(s) de Servicios Públicos	Estado de Cuenta (marque sólo una)	Número(s) de Cuenta(s)	Nombre en la Cuenta (Si no es el solicitante, provea explicación)
		ON / OFF / 48 HR		
		ON / OFF / 48 HR		

Nombre de la compañía de electricidad y número de cuenta si no la incluyó arriba: \_\_\_\_\_

**12. Ingresos:** Ponga los ingresos y/o asistencia que usted o cualquier persona que vive con usted reciben. Adjunte todos los talones de pago y comprobantes de todos los tipos de ingresos para el **último mes**. Todos los adultos en el grupo familiar que no tengan ingresos, o ganancias netas de un negocio por cuenta propia deben llenar e incluir un formulario de Declaración de Déficit en Ingresos.

Tipo de ingresos salariales	Sí / No	Nombre del recipiente	Fecha de pago	Cantidad bruta	Frecuencia
Empleo	Sí No				
Empleo	Sí No				
Empleo	Sí No				
Empleo	Sí No				
Empleo por Cuenta Propia	Sí No				
Empleo por Cuenta Propia	Sí No				

Tipo de ingresos salariales	Sí / No	Nombre del recipiente	Fecha de pago	Cantidad bruta	Frecuencia
Seguro Social, SSI, SSD	Sí No				
Seguro Social, SSI, SSD	Sí No				
Seguro Social, SSI, SSD	Sí No				
Desempleo	Sí No				
Desempleo	Sí No				
Pensión Alimenticia (Alimony)	Sí No				
Anualidades	Sí No				
Sustento de Menores (Child Support)	Sí No				
Asistencia General	Sí No				
Pensión	Sí No				
Jubilación de Ferrocarriles	Sí No				
Propiedad para Renta	Sí No				
Jubilación	Sí No				
TANF/FEP	Sí No				
Beneficios a Excombatientes	Sí No				
Ingresos por Accidente Laboral (Workers Comp)	Sí No				
Otro: _____	Sí No				

Agregue hojas adicionales si es necesario para proveer información de otras fuentes para todos los miembros del grupo familiar.

**13. Deducciones Médicas:** Liste todos los gastos que califican (véase la página 1, artículo 2) y hechos en el último mes. Debe incluir comprobantes de pago con esta solicitud. Todos los recibos deben ser por pagos en el mes de ingresos en la lista de la pregunta 12. (Agregue hojas adicionales como sea necesario).

Nombre de la Persona	Tipo de Gasto Médico	Comprobante de Pago	Fecha de Pago	Cantidad Pagada

**14. Deducciones por Pensión Alimenticia (Alimony)/Sustento de Menores (Child Support):** ¿Usted o alguien en su grupo familiar pagó pensión alimenticia o sustento de menores el mes pasado?  Sí  No

Si respondió "Sí", usted debe incluir copias de los recibos o comprobantes con esta solicitud. Todos los recibos deben haber sido pagados en el mismo mes en el cual se listan ingresos en la pregunta 12.

**DECLARACIÓN:** Yo entiendo que no se puede cambiar ni el proveedor de servicios públicos ni el porcentaje de mi pago HEAT. Al firmar esta solicitud, yo certifico bajo pena de perjurio que la información que entrego en esta solicitud es verdadera, y que el proveer información falsa puede requerir el tener que devolver todos los fondos recibidos. Estoy de acuerdo con cooperar con los oficiales estatales o federales con el cumplimiento de cualquier revisión de mi solicitud y con entregar toda la información necesaria para verificar cualquier declaración incluida aquí. Yo autorizo las compañías de servicios públicos para que provean mi información de mi cuenta y uso al Estado de Utah. Mediante la presente yo autorizo a los oficiales del programa HEAT para que hagan investigaciones con personas, compañías, instituciones financieras, y de otras agencias estatales o federales para asistir en el proceso de mi solicitud. Yo entiendo si yo no presento toda la información necesaria para establecer mi elegibilidad dentro de 10 días desde esta fecha, se me puede negar mi solicitud. Yo también entiendo que tengo el derecho a tener una Audiencia Imparcial (Fair Hearing) si se me deniega la solicitud. Yo además entiendo que si los fondos federales de HEAT se agotan antes de terminar de procesar mi solicitud, el Estado de Utah no tiene ninguna obligación de hacer pagos. Yo también entiendo que si me niega mi solicitud o si la oficina local no ha cumplido con tomar acción en mi caso dentro de 45 días, yo tengo el derecho a pedir una Audiencia Imparcial. Con esto también verifico que, si califico, me gustaría recibir el programa de descuentos HELP de Rocky Mountain Power y el de crédito de EAF (Fondo de Asistencia para Energía) de Questar Gas.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Para uso oficial Solamente		
<p><b>1. Income Formula</b></p> <p>Total NET Income \$ _____ divided by 100% of the Poverty Amount for a household size of _____ (see table) \$ _____ = _____ % (Ineligible if over 150%) Subtract the % amount from \$205.00 = \$ _____</p> <p>Total #1: \$ _____</p>	<p><b>2. Energy Burden Fuel Type:</b> _____</p> <p>Household Energy Cost (<b>Select one</b>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actual Costs \$ _____</li> <li>• House Standard \$ _____</li> <li>• Apt. Stand. \$ _____</li> <li>• Room &amp; Board Stand. _____ (10% of rent)</li> </ul> <p>Divide Energy Cost selected above by total NET income _____ = _____ X \$7.00 = _____ (Max. of 25)</p> <p>Total #2: \$ _____</p>	<p><b>3.Target Groups</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Child under 6</li> <li>• Disabled</li> <li>• Over 60</li> </ul> <p>(If household has any members in a target group add \$150)</p> <p>Total #3: \$ _____</p>
<p>Add totals from boxes 1, 2, &amp; 3 for estimated Total HEAT Benefit: \$ _____</p>		

**Programa/Empleador No Discriminatorio**

Servicios y ayuda auxiliar se encuentran disponibles para personas minusválidas bajo petición al llamar al (801) 526-9240. Las personas con impedimentos en el habla y /o sordera pueden marcar el número 711 (Relay Utah). Para asistencia en español, marque el número 1-888-346-3162.